ITEM 135 : DOULEUR EN SANTE MENTALE

Douleur et troubles psychiatriques

Episode dépressif caractérisé	- **2 fois plus fréquent** chez les patients douloureux chroniques (10%) que la population générale (5%), notamment en cas de **céphalées** (25%), avec une fréquence plus élevée **d'idées suicidaires**, de **TS** et de **suicides** : risque variable selon la localisation (céphalées, abdominales), l'intensité, la cause de la douleur et l'implication émotionnelle (dépression, anxiété) - **Plaintes douloureuses** très fréquentes chez les patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé : 75% en ambulatoire, 90% en hospitalisation, favorisé par le faible niveau socio-économique, le sexe féminin et l'âge avancé ➝ Expérimentalement, le seuil de douleur aux stimulations électriques et thermiques est augmenté au cours d'un épisode dépressif caractérisé
Trouble bipolaire	- **Plainte douloureuse** chez 50% des patients présentant un trouble bipolaire (céphalées, dorsalgies, arthralgies) : plainte somatique la plus fréquente chez le patient en épisode maniaque ➝ La présence de migraine chez un patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé pourrait faire évoquer une bipolarité - Risque possiblement augmenté de trouble bipolaire chez le sujet souffrant de **fibromyalgie**
Trouble anxieux	- L'anxiété diminue le seuil de perception et la tolérance de la douleur, réduit les capacités de contrôle de la douleur, renforce un comportement inadapté et favorise la chronicisation - **Manifestations douloureuses** (douleurs thoraciques, paresthésies…) dans certains troubles anxieux (attaque panique, état de stress post-traumatique…)
Schizophrénie et trouble délirant	- **Plainte douloureuse** classiquement peu exprimée (surtout en cas de symptômes négatifs), ou exprimée de façon inhabituelle ou bizarre : risque de négligence et de retard diagnostic de pathologies organiques - **Plainte douloureuse** possiblement délirante, notamment dans les troubles délirants chroniques
Trouble envahissant du dévelop-pement	- Contradiction entre une **apparente insensibilité à la douleur** et des **réactions vives à des stimulations non nociceptives** (sans preuve pour une élévation du seuil douloureux) - **Modification de l'expression douloureuse** due aux troubles comportementaux et de communication : risque de négligence et de retard diagnostic de pathologies organiques - **Comportements de réaction inhabituels** : retrait, agressivité, mutilations…
Trouble somatoforme	- **Symptômes douloureux** possiblement au 1er plan : retentissement fonctionnel parfois sévère, risque iatrogène (multiplication des examens et des traitements) Trouble à symptomatologie somatique : - Symptôme non psychiatrique (dont la douleur) avec préoccupations, anxiété ou comportement durable (> 6 mois) et excessif - Entraînant une souffrance ou un retentissement fonctionnel Crainte excessive d'avoir une maladie : - Anxiété excessive concernant la santé - Sans symptôme physique (dont la douleur), ou modéré
Troubles de personnalité	- **Personnalité histrionique** : douleur exprimée de façon théâtrale, imprécise dans sa localisation, fugace, mobile, dramatisée - **Personnalité obsessionnelle** : douleur précise, détaillée, avec une expression émotionnelle restreinte, attitude rigide, parfois agressive de façon latente - **Personnalité dépendante** : attitude passive, en demande constante de réassurance - **Personnalité narcissique** : douleur perçue comme plus grave que celle des autres, attitude parfois hautaine et peu empathique - **Personnalité borderline** : forte coloration émotionnelle avec mode relationnel oscillant entre dévalorisation et idéalisation - **Personnalité paranoïaque** : plainte vague et évitante, parfois bizarre, interprétative et méfiante
Démence	- **Expression difficile de la douleur** : **manifestations comportementales** (agitation, agressivité, troubles du sommeil, prostration, refus de soins ou de s'alimenter, confusion) - **Aggravation des déficits cognitifs** (attention, mémoire, vitesse de traitement) par la douleur - **Altération de l'effet placebo**, avec nécessité d'augmenter les doses antalgiques
Trouble addictif	- **Douleur** souvent sous-estimée chez le patient dépendant aux opiacés, contrastant avec l'hypersensibilité douloureuse, non corrigée par les produits de substitution - **Syndrome de manque** souvent accompagné de manifestations douloureuses, parfois intenses - PEC : éviter les **opioïdes faibles**, les **agonistes partiels** ou les **formes injectables** - **Risque d'addiction** chez le patient douloureux chronique : **opiacés, alcool, cannabis**

<table>
<tr><td>PEC</td><td colspan="3">- Dépister la douleur : rendu difficile à cause des troubles de communication, de la négligence, de la désocialisation
- Ne pas considérer d'emblée toute plainte douloureuse comme un mensonge, une simulation ou une douleur imaginaire ou délirante
- Evaluation de la douleur : auto-évaluation à privilégier, hétéro-évaluation en cas d'impossibilité</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Antalgiques</td><td colspan="3">- Traitement des douleurs neuropathiques : prégabaline, duloxétine, imipramine, amitriptyline
➙ Pour les antidépresseurs tricycliques, l'effet antalgique intervient à dose plus faible que celles utilisées dans la dépression, avec un délai d'action plus court
- Neuroleptiques, benzodiazépines : sans effet antalgique démontré</td></tr>
<tr><td>Particularité d'usage des antalgiques courants</td><td colspan="2">- AINS : risque d'augmentation de la lithémie par ↘ du DFG
- Corticoïdes (y compris en infiltrations si répétées) : risque de décompensation thymique
- Tramadol (opioïde faible) : risque de syndrome sérotoninergique en association aux IMAO, ISRS ou thymorégulateurs (lithium, valproate)
- Morphine (peu utilisée en psychiatrie) : privilégier la voie orale et les formes LP</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Risque addictif</td><td colspan="2">➙ Dépistage systématique avant prescription d'opioïde
- Questionnaire POMI (Prescription Opioïde Misuse Index) : dépistage d'un comportement addictif</td></tr>
<tr><td>FdR de dépendance</td><td>- Antécédents d'abus ou de dépendance psychique : tabac, alcool, opioïdes, benzodiazépines, cannabis, cocaïne…
- Antécédents familiaux d'abus
- Antécédents d'automédication
- Antécédents de troubles du comportement alimentaire
- Affection psychiatrique
- Age jeune
- Contexte médico-légal</td></tr>
<tr><td>Signes de dépendance : recommandations de Limoges</td><td>- Augmentation inhabituelle des doses
- Majoration de la plainte douloureuse sans aggravation de la pathologie
- Prescription par de multiples praticiens
- Absence de production des ordonnances
- Prescriptions ou traitements perdus
- Résistance au changement de traitement
- Refus des génériques
- Détérioration des activités sociales, familiales et professionnelles
- Trouble du caractère
- Trouble du sommeil
- Signes de sevrage physiques</td></tr>
</table>